

Piotr Kowalski<sup>1</sup>, Elżbieta Skupień<sup>2</sup>

## Częściowa niezdolność do pracy jako czynnik jatrogenny, wywołujący marginalizację społeczną

### Partial inability to work as an iatrogenic factor leading to social alienation

<sup>1</sup> Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ

<sup>2</sup> Z Instytutu Ekspertyz Sądowych im. prof. dr. J. Sehna w Krakowie

Opiniowanie w sprawach z odwołań do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych stanowi ważny obszar działalności autorów. Analiza badanych spraw, po raz kolejny skłania do podjęcia badań w sferze dotyczącej kwalifikacji częściowej niezdolności do pracy. Zwracamy z jednej strony uwagę na niejednoznaczność tego pojęcia i wynikające stąd sprzeczne opinie biegłych. Z drugiej strony wyraźnie zauważalny jest mechanizm jatrogennego działania tej kwalifikacji. Osoby badane z czasem uruchamiają mechanizmy adaptacyjne zmierzające do trwałego funkcjonowania w inwalidztwie. Można powiedzieć iż reaktywność tej sytuacji jest wprost proporcjonalna do stopnia przeddiagnozowania przy pierwszym skierowaniu do orzecznika. Przeddiagnozowanie nosi znamiona błędu medycznego, którego skutkiem jest zaburzone funkcjonowanie w rolach i marginalizacja społeczna. Tymczasem pojęcie częściowej niezdolności do pracy jest równoważne z pojęciem zdolności do pracy odpowiednio dobranej. Zatem w miejsce tej szkodliwej kwalifikacji proponujemy stworzenie systemu rewalidacji zawodowej i likwidację ustawową pojęcia „częściowej niezdolności do pracy”.

Passing expert opinions in cases referred to the Labor and Social Insurance Court is a major field of activities of the present authors. The analysis of the investigated cases repeatedly indicates a need for studies to be carried out in the area of certifying individuals as partially unable to work. The authors emphasize the ambiguity of this term and the resulting contradictory expert opinions. On the other hand, the mechanism of iatrogenic effect of such a pronouncement is clearly visible. One may say that with time, the evaluated individuals activate adaptative mechanisms leading to their permanent functioning in the state of inability to work. Their response to this

situation is directly proportional to the degree of original overdiagnosis during the first referral to an insurance inspector. Overdiagnosing can be qualified as a medical error, which results in impaired functioning in social roles and in social alienation. The term “partial inability to work” is synonymous with the term “ability to perform work that is adequately adjusted”. Therefore, instead of this disadvantageous certification, the authors suggest the development of a professional revalidation system and legal eradication of the term “partial inability to work”.

**Słowa kluczowe:** częściowa niezdolność do pracy, błąd medyczny, rewalidacja zawodowa  
**Key words:** partial inability to work, medical error, overdiagnosing, professional revalidation

Problem zdolności czy też niezdolności do pracy od szeregu lat jest przedmiotem naszego zainteresowania. Obserwując sprawy, będące przedmiotem naszego opiniowania, zauważamy, że przedmiotem sporu jest głównie problem „częściowej niezdolności do pracy”. Pojęcie to jest specyficzną hybrydą prawną, której wypełnienie treścią ustawodawca pozostawił swobodnej interpretacji lekarza. Sięgając do orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych z całego kraju możemy jedynie utwierdzić się w przekonaniu, że problem jest skomplikowany. Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2004.39.353) „Częściowo niezdolna do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych

kwalifikacji i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu” [1, 2, 3].

Ustawodawca założył, że lekarz będzie oprócz stanu zdrowia oceniał posiadane przez badaną osobę kwalifikacje zawodowe i zupełnie nie zdefiniowany „stopień utraty zdolności do pracy”. Wykładnia zawarta w art. 13 ustawy określa czynniki jakie należy brać pod uwagę przy dokonywaniu oceny niezdolności do pracy, ale każde z zawartych tam wskazań pozostawia szeroki margines subiektywizmu.

Oczywistym jest, że taka formuła zapisu uruchamia cały szereg pokus, o których ostatnio szeroko donosi prasa. Przedmiotem naszego obecnego zainteresowania nie są jednak nieprawidłowości orzecznicze wynikające z wpływu tych pokus na przyznawanie uprawnień do renty, będącej nadal przedmiotem pożądanego, a analiza mechanizmów, jakie uruchamia proces orzeczniczy.

Zgodnie z zapisem w Kodeksie Etyki Lekarskiej [4], „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego”, na który powołują się lekarze wydając na życzenie pacjenta zwolnienie od pracy, zaświadczenie o stanie zdrowia nie do końca zgodne ze stanem faktycznym.

Konflikt ról, jaki występuje pomiędzy lekarzem klinicystą a lekarzem orzecznikiem jest coraz częściej podnoszony w piśmiennictwie [5, 6, 7]. Pozostaje jednak otwarte pytanie, jak należy rozumieć „dobro chorego”, szczególnie w sytuacji, w której pacjent zgłasza się do lekarza nie jako chory, a jako interesant, starający się o pozyskanie określonego dobra ekonomicznego. Czy w takim przypadku rzeczywiście należy mu bezkrytycznie pomagać w realizacji jego planu? Naszym zdaniem, bez zbytnej przesady, można przypisać takiemu działaniu lekarskiemu charakter jatrogenny.

Gdy w relacji pacjent lekarz pojawia się zaświadczenie o stanie zdrowia, z takim rozpoznaniem (czy rozpoznaniem), które wzbudza nadzieje na uzyskanie orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy przed pacjentem roztacza się pewna wizja rozwiązania jego problemów życiowych [8]. Oto przestaje się on lękać o utratę pracy, będzie otrzymywać regularnie świadczenie pieniężne, wprawdzie niezbyt wysokie, ale połączone z przyzwoleniem na wykonywanie pracy. Praca ta niekoniecznie bywa mniej satysfakcjonująca, a zasady zatrudnienia stają się wyraźnie korzystniejsze. Od tej wizji szczęścia dzieli człowieka tylko jeden krok – konieczność przekonania lekarza orzecznika ZUS o swoim złym stanie zdrowia.

Najczęściej pacjent zdaje sobie doskonale sprawę z tego, że nie jest tak chory, jak to przedstawiono w zaświadczeniu, ale dążenie do uzyskania renty w połączeniu z wiarą w autorytet lekarza wydają-

cego zaświadczenie o stanie zdrowia uruchamia procesy myślowe prowadzące do formowania się przekonania o ciężkiej, nieodwracalnej chorobie. W poprzednio używanej terminologii objawy demonstrowane przez ubezpieczonych w takiej sytuacji określane były mianem nerwicy roszczeniowej.

Dla zilustrowania trudności związanych z opiniowaniem w takich sytuacjach posłużymy się dwoma przykładami.

Pierwszy dotyczy nauczyciela, który z powodów ekonomicznych zajął się działalnością zarobkową polegającą na układaniu i cyklinowaniu parkietów. Po kilku latach pozostawania na rencie z powodu częściowej niezdolności do pracy uzasadnionej zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa lędźwiowego z dwupoziomową dyskopatią kolejny lekarz orzecznik ZUS dostrzegł problem faktycznie posiadanych kwalifikacji, pozwalających ubezpieczonemu na wykonywanie pracy nauczyciela bez ograniczeń. Były rencista zareagował ogromnym poczuciem krzywdy i podjął działania, które określić można jako typowe w sytuacji większości byłych rencistów – udał się do psychiatry. Już w czasie pierwszej wizyty otrzymał zaświadczenie, iż pozostaje w leczeniu z powodu depresji reaktywnej związanej z beznadziejną sytuacją bytową po odebraniu mu renty, a znaczne nasilenie objawów depresyjnych z komponentą lękową uniemożliwia mu wykonywanie pracy umysłowej. Zaświadczenie to zostało złożone w sądzie i problem stał się przedmiotem badania przez biegłych sądowych. Powszechnie znana przewlekłość procedur odwoławczych sprawiła, że człowiek ten był przez nas badany po blisko trzech latach od momentu wniesienia odwołania. Jego sprawność fizyczna była pełna, ale demonstrował przeświadczenie o poważnej chorobie. Podkreślał, że ma depresję, ponieważ jego sytuacja finansowa znacznie się pogorszyła, jest bez środków do życia, co pociągnęło za sobą problemy rodzinne. Okazało się, że pozostając na rencie nadal układał parkiety, natomiast po jej odebraniu zaprzestał wszelkiej aktywności zawodowej z obawy, aby sąsiedzi nie poinformowali ZUS-u o jego zdolności do pracy. W nadziei na uzyskanie renty zaciągał długi. Bezczynność i narastające zadłużenie sprawiło, że przyszłość rysowała mu się w coraz czarniejszych barwach.

Drugim przypadkiem jest mężczyzna, obecnie 32-letni, od 26-go roku życia pozostający na rencie z powodu częściowej niezdolności do pracy. Ma on wykształcenie podstawowe, był przyuczony do zawodu mechanika, naprawiał tabor komunikacyjny. Przypadkowo wykryto u niego cukrzycę insulinozależną i wówczas lekarz zakładowy skierował go na rentę. Trudno nam zrozumieć tok myślenia lekarza

orzecznika, który uznał badanego częściowo niezdolnym do pracy na okres roku. To pierwsze orzeczenie pociągnęło za sobą ciąg typowych zachowań – po roku badany został uznany zdolnym do pracy „jednozmianowej, w warunkach bezpiecznych”, czyli faktycznie takiej, jaką wykonywał wcześniej. Ale przez ten rok poczuł się na rencie tak dobrze, że podjął starania o jej odzyskanie. Każdorazowo przez lekarza ZUS oceniany był jako zdolny do pracy, natomiast sąd uznawał go „częściowo niezdolnym do pracy” na kolejny rok, przy wybitnym udziale biegłego psychiatry, który w uzasadnieniu podkreślał znaczenie „rozchwianej, nie poddającej się leczeniu” cukrzycy dla stanu psychicznego badanego. Jednocześnie dokumentacja internistyczna wskazywała na w pełni wyrównaną cukrzycę, bez konieczności hospitalizacji i bez zmian w naczyniach obwodowych. W przeciwieństwie do poprzedniego orzeczanego ten po otrzymaniu renty nie podjął żadnej aktywności zawodowej, stał się natomiast ojcem dwojga dzieci z dwóch różnych związków, wobec czego miał znaczne zaległości alimentacyjne. Badany przez nas, zarówno w sprawie alimentacyjnej, jak i rentowej, przyznał, że nawet gdyby „zdrowie pozwalało” na podjęcie pracy, to i tak mu się nie opłaca, ponieważ wszystko zajmie komornik. W tym przypadku w pewnym momencie kolejny zespół biegłych sądowych zauważył młody wiek odwołującego się i zawnioskował przyznanie kolejnej renty jedynie na okres przekwalifikowania, ale psycholog ZUS, badający go dla określenia stosownych predyspozycji, odnotował wyraźne spowolnienie, rozwlekłą, zamazaną mowę w przebiegu depresji, co nie pozwala na podjęcie jakiegokolwiek szkolenia. Podobne obserwacje poczyniliśmy w czasie naszego badania, ale zespół objawów wskazywał na nadużycie barbituranów, do czego zresztą badany się przyznał. Okazywał jednak owo orzeczenie psychologa, które w jego przekonaniu zabezpieczało mu dożywotnie pozostawanie na rencie.

W obu przypadkach los tych ubezpieczonych potoczyłby się zupełnie inaczej, gdyby lekarz leczący nie rozłączał przed nimi wizji renty, a lekarz orzecznik ZUS przy pierwszym kontakcie zauważył, że ubezpieczony wprowadzić ma w pewnym zakresie upośledzoną funkcję narządu, ale jest w pełni zdolny do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami.

Pozostawanie na rencie wyzwoliło w nich mechanizmy prowadzące do deterioracji społecznej i psychicznej o różnych obrazach klinicznych. Wspólną cechą było dla nich nawarstwienie przekonań o własnej chorobie na pograniczu urojeniowej interpretacji rzeczywistości, nie pozwalające na podjęcie jakiegokolwiek aktywności, poza dążeniem do odzyskania straconej pozycji rencisty [9].

Występowanie „z gorącym apelem”, aby nie kierować pochopnie osób pracujących na rentę i nie orzekać pochopnie „częściowej niezdolności do pracy” jest rozwiązaniem skazanym na niepowodzenie, bowiem to nieprecyzyjny, w naszej ocenie niewłaściwy i irracjonalny zapis, staje się naturalną inspiracją dla konstruowania sofizmów orzeczniczych. Szkoda społeczna wynikająca z tego niefortunnego określenia wyraża się tym, że Polska jest liderem wśród krajów Europy w ilości rencistów na 1000 pracujących, jednocześnie staje się wstępem do szkody niewymiernej, jatrogennej, jaką stanowi uruchomienie w psychice osoby wchodzącej w błędne koło częściowej niezdolności do pracy mechanizmów prowadzących do powstania zespołu otępiennego z bezradnością i następową marginalizacją społeczną. Pozostawanie w podporządkowanym kręgu myślenia, skutkuje stopniowym obniżeniem neuroplastyczności mózgu i prowadzi do deterioracji w obrazie rozwijającego się otępienia z objawami depresji. Pogląd ten nie jest gołosłowną fantazją bowiem prowadzone badania nad otępieniami i depresją wskazują, że zespoły te często występują łącznie, zaś brak bodźców intelektualnych (np. uczenie się), aktywności fizycznej, wzbogaconego środowiska (izolowanie się), stres mają negatywny wpływ na neurogenezę w hipokampie prowadząc do zmniejszenia jego objętości. Objawy kliniczne otępienia stają się widoczne gdy zanik ten osiąga wystarczająco istotny stopień [10, 11]. Ciąg zdarzeń, jaki postrzegamy w związku z enigmatyczną konstrukcją procesu orzekania o częściowej niezdolności do pracy, uruchamia wszystkie te czynniki, które hamują neurogenezę. Poszukiwanie rozwiązań pozwalających na prowadzenie czynnego modelu życiowego sprzyja neurogenezie a więc zapobiega degradacji psychicznej i postępującej za nią marginalizacji społecznej. Problem ten podkreślają także inni autorzy.

Uważamy, że nie można posługiwać się wadliwie skonstruowanym mechanizmem ustawowym gdy narusza on podstawowe dobro, jakim jest zdrowie psychiczne człowieka. Uważamy, że konieczne jest stworzenie takiego systemu prawnego, który z jednej strony będzie zabezpieczał byt osób rzeczywiście niezdolnych do pracy, a z drugiej – dawał możliwość wykonywania pracy i pełnienia dotychczasowych ról społecznych ludziom dotkniętym określonym schorzeniem, które przy właściwym leczeniu i rehabilitacji na to pozwala. Określenie „częściowo niezdolny do pracy” oznacza bowiem zdolność do pracy, odpowiednio dobranej. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego świadczenie pracy jest jednym z najistotniejszych czynników rehabilitacyjnych. Nie tylko pozwala na podniesienie statusu

materialnego, ale także daje poczucie godności wynikające ze świadomości przydatności społecznej i przynależności do grupy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Zyss T.: Orzecznictwo rentowe. [w] Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2006.
2. Wilmowska A.: Orzecznictwo lekarskie w zabezpieczeniu społecznym. Orzecznictwo lekarskie 2004, I, 9-22.
3. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich. Urban & Partner, wyd. II, Wrocław 2003, 45-51.
4. Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst z dnia 2 stycznia 2004, Warszawa 2004.
5. Frindt-Zajączkowska A.: Problemy orzecznicze w zaburzeniach psychicznych. Vademecum Lekarza Orzecznika 2001, 14, 6-17.
6. Frindt-Zajączkowska A., Rolek D.: Problemy orzecznicze w zaburzeniach psychicznych. Vademecum Lekarza Orzecznika 2001, 15, 3-11.
7. Muś G., Zdrzałek J.: Etyka lekarska a problem konfliktu ról w pracy lekarza orzecznika. Orzecznictwo lekarskie 2004, I, 43-48.
8. Plac-Bobula E., Kołodziej J.: Stan zdrowia a zdolność do pracy. Głos w dyskusji o reformie ustawodawstwa inwalidzkiego. Arch. Med. Sąd. i Krym. 1995, 45, 27-32.
9. Bronowski P., Załuska M.: Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie. Psychiatria Polska 2005, 2, 345-356.
10. Kłoszewska I. Lęk i depresja w otępieniu. [w] Otępienie red. Szczudlik A., Liberski P. P., Barcikowska M., Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2004, 71-73.
11. Olie J. P., Costa E Silva J. A., Macher J. P., Neuroplastyczność – Patofizjologia depresji w nowym ujęciu. [w] Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk, 2004.

Adres pierwszego autora:

Dr med. Piotr Kowalski  
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego  
31-531 Kraków  
ul. Grzegórzecka 16  
tel./fax: +48 12 421 11 13, 424 72 50